

# 1 自己評価及び外部評価結果

## 【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	4790300125		
法人名	合同会社 ゆい		
事業所名	グループホームかえで		
所在地	沖縄県うるま市兼箇段922番地		
自己評価作成日	平成28年1月19日	評価結果市町村受理日	平成28年4月1日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=4790300125-00&amp;PrefCd=47&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=4790300125-00&amp;PrefCd=47&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 沖縄タイム・エージェンツ
所在地	沖縄県那覇市曙2丁目10-25 1F
訪問調査日	平成28年2月26日

## 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設は、認知症の様々な症状に対応できるよう、職員を手厚く配置しています。</li> <li>・認知症に関する研修等も充実しており、職員がスキルアップできる体制が整っています。</li> <li>・事業所の理念でもある、パーソンセンタードケアを徹底しており、入居者中心のケアを提供しています</li> <li>・ホームには、テラスがあり、自然(四季)を感じられる空間があります。</li> <li>・家庭菜園もあり、季節にあった野菜を栽培収穫しています。</li> <li>・喀痰吸引等事業所登録済で訪問診療と連携し、看取りケアへも対応できる体制である。</li> <li>・地域で認知症の啓発活動(認知症サポーター養成講座)を積極的に開催しています。</li> </ul>
---

## 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

<p>事業所は、静かな住宅地に位置し、自然を感じる事が出来る環境である。食事は3食事業所で調理している。残存機能が発揮できる環境を作り、家庭菜園で栽培収穫した野菜を食材に取り入れている。本人を中心としたケア、「パーソン・センタードケア」を理念に掲げ、そのらしさを尊重し生活を支えるケアに取り組んでいる。職員は、認知症に関する研修、嚥下に関する知識、在宅医療看取り、喀痰吸引研修等に参加や、困難な事例の看取りを経験して看取りに対する不安も軽減しスキルアップに繋がっている。運営推進会議も定期的に開催し、委員に地域代表として自治会の方が参加し連携している。管理者は、認知症行方不明者模擬訓練に参加して検証や、認知症ケアの専門として啓発活動を行っている。</p>
--

## V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができて (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	グループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない			

自己評価および外部評価結果

確定日:平成28年3月30日

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	事業所の理念は、実践を通して職員へ伝えている。 また、定期的に職員会議等で理念に基づいたケアができていないか確認している。	理念は地域密着型サービスの意義を踏まえて、事業所開設前に管理者が作成している。理念にパーソン・センタードケアを掲げ、職員には入職前に説明し、職員会議や日々支援する場面等で指導したり実践を通して共有している。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	等事業所は、自治会に加入し、区民清掃、地域の敬老会等に参加している。	近隣住民とは散歩時に挨拶したり、商店に買い物等で顔なじみとなっている。地域の清掃活動や敬老会に参加している。大型店舗にて認知症に関する啓発活動を行っている。ボランティア、高校の実習生を受け入れ交流している。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	認知症サポーター養成講座を積極的に開催し認知症の理解が深まるよう取り組んでいます。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2か月に一回運営推進会議を開催しています。	推進会議は利用者、家族、地域、行政が参加して年6回開催している。会議では事業所の実状や事故、ヒヤリハットも報告されている。地域の委員より、安全に散歩できるよう工事予定や犬の放し飼いの場所等の情報を得ている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	うるま市グループホーム連絡会を立ち上げ定期的に、担当者との情報の交換を行っている	市担当者とは推進会議や市のグループホーム連絡会、地域密着型サービスの集団指導等で情報交換を行っている。管理者が市の高齢者福祉委員で地域包括支援センター中心とした認知症行方不明者模擬訓練に参加して検証を行っている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	外部での研修や定期的なミーティングで学んでいる。日中施設内行っておらず、自由に行動できる環境である。 管理者は、高齢者虐待廃止研修に参加済	利用者の自由を制限するような拘束を行わないことを原則とし、契約時にリスク等も家族に説明している。転倒防止の為に夜間のみ2名の方がセンサーを使用している。職員は「行動の制限、言葉による拘束」等も含め研修やミーティングで話し合い、拘束をしないケアを理解している。	

沖縄県(グループホームかえで)

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	外部研修等へ参加し学んでいる。 言葉の虐待等、実践の中で指導している		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	現在権利擁護を活用している方はいない。 管理者は権利擁護研修を終了している。 必要に応じて、相談等があればアドバイスできる環境である。社会福祉士1名在支援している		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約の際に、契約書及び重要事項説明書等で説明し同意を得ている、契約書及び重要事項説明書を2部作成している。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	玄関先に、ご意見箱を設置している。 運営推進会議では、家族の代表が参加し外部の方と話せる機会を設けている	利用者からは日常生活の中で直に「天ぷらが食べたい」「家に連れて行って」等には、出来るだけ要望に沿うようにしている。家族からは運営推進会議や面会時、利用料金の支払い時に相談室等で聞く機会を設けているが意見、不満等は聞かれない。	家族の意思が表せるような取組に期待したい。
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	職員ミーティング等で、意見交換を行っている。 介護主任は職員の提案や意見等をまとめ管理者へ報告し情報を共有できる体制である。	月1回のミーティング等で意見を聞く機会としている。職員の配置や物品購入、休憩時間の確保等の意見交換が行われ、申し送り簿に情報を記載して共有している。職員の意見で、口腔ケア用の吸引器を購入している。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	出勤時間の調整や、有給休暇の取得等職員が働きやすい環境である。 職員が精神的に余裕が持てよう、職員配置を手厚くしています。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	職員には、必ずサポーター養成講座を開催し、認知症の基礎を学ぶ機会を提供している、また、外部研修が充実しておりケアの質の向上に取り組んでいる。		

沖縄県(グループホームかえで)

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	沖縄県グループホーム連絡会や、うるま市GH連絡会、中部地区医療連携ネットワーク等を通じて、他職種との交流がある。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入所前に、訪問調査を行い、本人が困っていることや不安なこと、要望等を聴取している。本人が話しやすいように、個別で面談を行うなど雰囲気づくりに配慮している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入所前に、当施設に見学に来て頂いたり、面接を行い、困っていることや不安なこと、要望等を聴取している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	当施設での入所対応が困難な場合は、本人、家族の理解を得たうえで、他施設、またはその他のサービスを紹介している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	洗濯物たたみや食事の準備、畑作業等、職員と利用者が一緒に行っている。一緒に作業を行うなかで教えあったり、励ましあったりして信頼関係を築いている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族の意向を確認しながら、本人と家族が良い関係が築けるように努めている。また、家族に出来ることは協力して頂いている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	以前に住んでいた地域に出かけたり、家族や友人、知人の訪問時には、ゆっくりと過ごせるように雰囲気づくりに配慮している。また、生活の継続性ももてるように、職員が友人や知人からこれまでの生活歴等を聴取している。	地域社会との関係性は家族、友人、利用していた介護サービス関係者、日々の生活の中で本人から把握して、趣味等は余暇活動の中で取り組んでいる。親族の結婚式に参加したり、ドライブ時に知人宅近くを通る事もある。また、新たな馴染みの関係を大切にしている。	

沖縄県(グループホームかえで)

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず に利用者同士が関わり合い、支え合えるような 支援に努めている	利用者同士の関係を把握し、孤立させない ように互いに関わり合い支えあうような取り 組みをしている。利用者同士のトラブルが あるときは、職員が仲介し対応している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関 係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族 の経過をフォローし、相談や支援に努めている	利用者がお亡くなりになられたときに、サー ビス終了することが多く、何かあれば相談 に応じることを家族に説明している。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握 に努めている。困難な場合は、本人本位に検討し ている	個々の思いや意向を聞き取ったり、また 日々の行動や言動、表情等を観察し、その 中から思いや希望を把握している。困難な 場合は、家族や関係者から情報収集して、 本人本位の暮らしができるように検討して いる。	思いや意向の把握は、利用者の殆どが表出可能 で、生活の中で直に聞いたり、選択できるような 声かけをして、表情や仕草等で把握に努めてい る。ターミナルの利用者が「故郷に行きたい」との 思いを皆で話し合い実現した事例がある。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環 境、これまでのサービス利用の経過等の把握に 努めている	ご本人や家族から生活歴、サービス利用 歴を聞き取り、これまでの生活状況を把握 している。利用していたサービス事業所か らも利用状況等を聴取している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する 力等の現状の把握に努めている	毎日、バイタル測定を実施し、心身の状態 を観察、把握している。日々の暮らしの中 から、有する能力等の把握に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方 について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、 それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即 した介護計画を作成している	定例の職員ミーティングで利用者の状況を 確認している。月1回のモニタリングを実施 している。課題があればその都度、関係者 と話し合い、意見等を反映し、現状に合っ た介護計画を作成している。	担当者会議に利用者、家族も参加し意向等が反 映された介護計画となっている。毎月のカンファ レンス、3か月毎のケアチェックを実施し定期や随時 の見直しが行われている。モニタリングも月1回実 施されているが介護計画に沿っての記録は確認 出来なかった。	介護計画に連動したモニタリングの記録 に期待したい。
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を 個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら 実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の様子やケアの実践を個別記録に記 入している。常に職員間で情報を共有し、 実践の見直しや介護計画の見直しに活用 している。		

沖縄県(グループホームかえで)

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ご本人の要望に応じ、家族を招待して一緒に食事をする時間を設けたり、同じ趣味の方と交流がもてるように、近隣のデイサービスセンターへ出向くこともある。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域資源を活用し、ボランティアの来所や地域の行事等に参加している。徘徊のある方については、認知症高齢者等見守りネットワーク事業と協働している。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	受診に関しては、御家族様の希望でかかりつけ医を受診している、受診の際希望があれば、職員にて送迎を行っている。当施設は、訪問診療も入っており、必要に応じて適切な医療が受けられる体制である。	馴染みのかかりつけ医を継続し、受診は家族が対応している。車イス利用者に関しては事業所で送迎している。受診時には情報提供を行い結果等は返書で受け共有している。4名の方が協力医の訪問診療を受けている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	当施設は看護師を配置しており、日々の業務の中で、情報を共有し、適切な看護を提供している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入居者の入院時は、定期的に訪問し、医療機関と情報交換を行っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に、指針の説明及び同意を得ている必要に応じて、訪問診療・訪問看護等と適宜話し合いを行い、連携を図っている。	重度化した場合における(看取り)指針があり、家族へは入居時に説明している。利用者の状態に応じて、家族・医師・訪問看護師とも話し合いながら進めた看取りの実績が1例ある。職員には、ミーティングで説明し、共通認識をもって支援している。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	ミーティング等で、看護師等から指導を受けている、またマニュアル等を活用し実践力を身に付けている。		

沖縄県(グループホームかえで)

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	定期的な避難訓練は行っているが、近隣住民との開催ができておらず、今後の課題と考える。	昼夜を想定した自主訓練を2回実施している。緊急通報装置、スプリンクラー等、マニュアルも整備し、2日分の備蓄は準備している。訓練時に地域住民へ協力願いの声かけは行っていない為、参加がなかった。	災害時に地域住民の協力が得られる働きかけと協力体制に期待したい。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	入居者との会話の際は、言葉の語尾に「…か？」を使うよう周知し、入居者中心のケアが提供できるよう対応している。	利用者一人ひとりに合わせた行動や活動(調理・掃除など)時に、利用者が自己決定できるような言葉かけを徹底している。本人が求めている事はその場その場での対応に努めている。利用者の表情や行動を読み取りケアに活かしている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	外出の有無等すべての行動に対して自己決定ができるよう声かけを行っています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	パーソンセンタードケアを大事にし、無理強いないせず、本人がゆったり過ごせるよう、ケアを提供しています		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	外出の際や、入浴の際等、自ら好きな洋服を選びおしゃれができるよう、支援しています。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	家庭菜園で季節の野菜を収穫し調理したり、入居者と一緒に食事を作る等、食事を楽しめるよう取り組んでいます。	食事は利用者から食べたいメニューを聞いて事業所で3食調理し提供している。利用者は食器洗い・後片付けなどに参加、おやつのはらやーちーやたこ焼き等は利用者で作っている。職員は利用者と一緒に食事を囲み会話をしながら同じ食事を摂っている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事量・水分量等を個別で記載し把握している、水分等が足りない方には、トロミをつける等、必要量が摂取できるよう個別で対応している。		

沖縄県(グループホームかえで)

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	訪問歯科にて、定期健診を行い、必要に応じて個別で治療等を行っている、また、口腔ケアが困難な方は、吸引器を活用するなど工夫している。		
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	入居者全員の排泄を把握し、定時誘導ではなく、その方にあった排泄ができるよう取り組んでいる、全介助の方でも、トイレで排泄できるよう2名介助で支援している。	排泄パターンを把握し日中はトイレでの排泄を支援している。全介助の利用者(1名)を職員2人対応で1日1回はトイレに座って排泄できるようにしている。トイレに隣接のシャワーなどで洗えるようになっている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排便チェック表を活用し、便秘気味の方には、水分を促す声掛けを行っている、また看護師へ情報提供を行い薬物を使用し適切な排便ができるよう支援しています。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は基本的に2日に1回であるが、本人の希望があれば、いつでも入浴できる体制である。	入浴は利用者の希望に沿うようにしている。入浴中は、利用者の顔や耳の中に水が入らないように耳キャップ・ヘアーキャップを利用し不安を取り除いている。身体にはタオルをかけて羞恥心に配慮している。また、リラックスを目的に足浴を実施している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	当施設では、ご本人様が自由に過ごせるよういつでも休養がとれる体制である。また、安心して休養できるよう、リクライニング車椅子、エアーマット等も準備しており必要に応じて使用しています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	内服薬は、すべて看護師が管理しています、また、用途や容量、副作用に関しては、適時看護師より申し送りがあります。内服薬の変更等があれば、観察し変化があれば看護師と情報を共有し支援しています		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	個々の生活歴を参考に、役割を与え、洗濯・掃除・調理・散歩・畑等、楽しみがもてるよう支援しています。		



沖縄県(グループホームかえで)

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	個々の外出希望があれば、即対応できるよう職員を手厚く配置しています、外出行事も定期的であり、リフレッシュできる環境である。	近隣を散歩したりと、利用者ができる限り外へ出てリフレッシュできるようにしている。2週間に1回は、漁港に出かけ天ぷらを購入しおやつで頂く機会もある。大型店舗やひまわり畑、コスモス畑などにも出かけている。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	現在自ら管理できる方はいらしゃらないが、管理者が個々のお小遣いを管理し、本人様からの希望があれば、お渡しするように支援している。また、定期的に残金をご家族様へか確認していただいている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	電話は、希望があればいつでも使用できます。 入居者個々で年賀状を記入し御家族へ送っています。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	共用の空間は、混乱をまねかないよう(家庭的な雰囲気)を大事にし、掲示物等も極力掲げないよう工夫しています。	共用空間は自然の風が入り、自然の光で事業所内は明るい。リビングに入ってすぐソファがあり、真正面にはテレビと対面式のキッチンがあり料理をする時の香りなどが感じられるようになっている。事業所の周りには家庭菜園もあり利用者が手入れを行っている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	庭には、テラスがあり、四季を感じながらゆったり過ごせる空間がある。 ソファの配置を工夫し、ゆったりできる環境である。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居者の使い慣れた家具の持ち込みは可能である、また、居室にはTV・インターネットの回線が引いてあり、自由に使用できる環境である。	居室のベッドと洗面台は備えつけで、テレビや家具類、布団等が持ち込まれ、本人と家族が配置している。家族写真やお気に入りの帽子などを壁に飾っている。常に室温調節が必要な居室には、室温計を設置して管理している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	認知症の症状に合わせて、入居者様がわかりやすい案内や、表示をし自立した生活が過ごせるよう工夫している。		